

wärtig keinen individuellen Heilerfolg, zum anderen drohten für den Patienten (und seine Umgebung) erhebliche Einschränkungen seiner Lebensqualität. Diese könnten aus der psychosozialen Verarbeitung des Eingriffs und den lebenslänglichen Überwachungsmaßnahmen resultieren, wie sie insbesondere durch das kaum einschätzbare Infektionsrisiko unter Umständen regelrecht verlangt werden müssten. Andererseits stünde auch für die Gesellschaft mehr auf dem Spiel als die besagte derzeit kaum abwägbare Gefahr bedrohlicher Infektionskrankheiten. Hier drohten etwa Veränderungen im Verhältnis zwischen Arzt und Patient (Stichwort: Überwachungszwang) und in der gesellschaftlichen Akzeptanz der Transplantationsmedizin. So angemessen diese erweiterte Perspektive ist, so berechtigt sind allerdings auch gewisse Zweifel dran, ob Quantes Pinsel bzw. die von ihm rezipierte Literatur hier nicht etwas zu düster malen. Forschungsbedarf zu XT also auch für die empirische Sozialwissenschaft.

Ganz düster schließlich fällt Quantes Bild des dritten Problemfeldes aus, auf dem es um das Potenzial der XT geht, das Problem der Organknappheit zu mildern. Diese Hoffnung, unbestreitbar wesentlicher Rechtfertigungsgrund für XT, sei auf lange Sicht illusorisch – und zwar auch dann, wenn es gelänge, sie zu einer ernsthaften therapeutischen Option zu machen. Zum einen nämlich würde XT Verteilungsprobleme neuer Art schaffen: Die Verwendung tierischer Organe mit ihrer kürzeren Funktionsdauer ziehe einen erhöhten Bedarf an (sekundärer) Allotransplantation nach sich. Die relative Nachteiligkeit der Tierorgane würde Kriterien dafür erforderlich machen, wer (primär) ein menschliches und wer (bloß) ein tierisches Transplantat erhalten solle. Zum anderen spreche gegen XT, „dass sie nicht nur nicht hilft, die Organknappheit zu beseitigen, sondern darüber hinaus die fragilen Voraussetzungen, unter denen die Allotransplantation eine ethisch unterstützenswerte medizinische Therapie sein kann, zerstört“ (S. 63). Das ist harter Tobak, bringt Quante zu einer weitgehend negativen ethischen Beurteilung von XT – und fordert zum Widerspruch heraus.

Einmal angenommen, das Angebot an menschlichen Transplantaten bliebe gleich hoch und zusätzlich ließe sich eines Tages XT als (schlechtere) Alternative einsetzen. Statt auf der Warteliste zu sterben könnten vital bedrohte Patienten erst ein tierisches und danach evtl. ein menschliches Transplantat erhalten. Diese Entwicklung mag man aus vielen Gründen – Patienteninteressen, Tierschutz, Bezahlbarkeit etc. – für problematisch halten oder ablehnen. Aber das Argument von der verschärften statt gemilderten Verteilungsproblematik kann so einfach nicht überzeugen, weil diese „Ver-

schärfung“ ja durch das Positivum verhinderter Todesfälle auf der Warteliste zustande kommt. Mit XT die Problematik des Organmangels mildern zu wollen, heißt doch wohl in erster Linie: Leben retten und nicht Verteilungsprobleme als solche umgehen wollen. Es mag in der Ethik und Politik Konstellationen geben, wo ein Umgehen von zusätzlichen Verteilungskämpfen seinen gerechtfertigten Preis hat. Ob der Verzicht auf Lebensrettung durch XT (sollte sie denn möglich werden) dazu gehört, lässt sich jedenfalls bezweifeln.

Auch das zweite Argument, XT sei dazu angetan, die labile Akzeptanz der Allotransplantation zu gefährden und auf diese Weise den Mangel an Organen zu verschärfen, ist nicht unproblematisch. Ursächlich, so Quante, würden hier der mit XT einhergehende „... Verlust des Spendercharakters, Einschränkungen der Freiwilligkeit, Zunahme der Ökonomisierung und die weiter geschürte Technikskepsis, in Verbindung mit der bereits dargestellten Sorge um die Instrumentalisierung der Natur und den menschlichen Körper sowie der zu erwartende Druck auf die Nutzung menschlicher Nichtpersonen als Organquellen“ sein (S. 59). Aber wie wahrscheinlich, wie unausweichlich und wie folgeträftig ist das Eintreten dieser befürchteten Entwicklungen wirklich?

Die Debatten um die ethische Bewertung der Xenotransplantation sind wohl weder überholt noch entschieden. Das vorliegende Buch jedenfalls, das – dem Thema angemessen – insbesondere im Ethikteil keine „leichte“ Lektüre bietet, bereichert diese Diskussion nachhaltig.

*Bettina Schöne-Seifert, Münster*

**Rainer-M. E. Jacobi, Peter C. Claussen, Peter Wolf (Hrsg) (2001)**  
**Die Wahrheit der Begegnung.**  
**Anthropologische Perspektiven der Neurologie. Festschrift für Dieter Janz**

Beiträge zur Medizinischen Anthropologie 3,  
 Königshausen & Neumann, Würzburg, 589 S., 65,50 EUR,  
 ISBN 3-8260-1951-2

Dem Mediävisten Peter Wapnewski zufolge zeichnet sich der medizinische Berufsstand „in nicht wenigen Repräsentanten (sicht- und hörbar)“ durch den „philosophierenden, den dichtenden, den musizierenden Arzt“ aus (S. 417). Das ist kein Zufall. Niemand kann sich völlig von der Frage des erkrankenden – oder gesunden – Menschen lossagen, aber auch niemand gelangt über dieses Fragen hinaus zu letzten Antworten. Und doch, so

scheint es, kann die Medizin – dies ihr unzerstörbares Faszinosum – sogar diesem Nichtwissen so etwas wie Antworten entlocken. Das alte Wort „Heilkunde“ drückt es aus: Man *kann* wissen, was einem Menschen Trost, manchmal Hilfe und, in seltenen Glücksfällen, sogar Heilung bringt. Dazu allerdings muss man den Menschen kennen wollen. Kein Wunder also, dass eine Disziplin, wo sie aus diesem Interesse an wissender Unwissenheit heraus betrieben wird, ihren Adepten für *alle* Erscheinungen des Menschlichen zu öffnen hilft. Die thematische Vielfalt der Festschrift gibt dafür ein ungewöhnliches Beispiel.

Dieter Janz gehört seit vielen Jahren zu denen, die das charakteristische Ethos der Medizin Viktors von Weizsäcker in die Praxis umgesetzt haben. Im Jahr 1957 hat er das „Impulsiv-Petit Mal“ beschrieben (seit 1985, nicht ganz trennscharf, als „Juvenile myoclonic epilepsy“ klassifiziert). Sein Blick auf die „kleinen“, den Begriff „generalisierte Epilepsien“ ein wenig in Frage stellenden Anfälle hat die Neurologie um entscheidende Differenzierungen bereichert. Angeregt durch seinen Heidelberger Lehrer Paul Vogel, einen Schüler Weizsäckers, gilt Janz' Interesse besonders auch der Selbstwahrnehmung seiner Patienten im Umkreis ihres Krankheitsgeschehens, d. h. der epileptischen Aura. Im Jahr 1969 erschien sein Hauptwerk: *Die Epilepsien. Spezielle Pathologie und Therapie* (1998). Die von Weizsäcker geforderte „Einführung des Subjekts in die Medizin“ ist hier ohne Verlust an empirisch technischer Wissenschaftlichkeit durchgeführt.

Scheinbar mühelos keimen aus einem solchen Grundkonzept zahlreiche Visionen klinischer Tätigkeit, die z. T. früher kaum denkbar waren. Zahlreiche Mitarbeiter und Schüler von Janz geben im vorliegenden Band Beispiele sowohl aus dem medizin-technischen Bereich – etwa der Differenzialdiagnostik oder der Erblichkeitsforschung – als auch aus dem Gebiet der Patientenbetreuung.

Neuland wurde z. B. damit betreten, dass man empirische Forschung, Therapie, soziale Betreuung und Seelsorge miteinander in Verbindung brachte. Es ist bis heute ungewöhnlich, dass eine Pfarrerin aus eigener Erfahrung von den täglichen Arbeiten des Pflegedienstes berichten kann. „Seelsorge“ und „Leibssorge“ (S. 267) treten hier unmittelbar in Korrelation, und die sonst allzu technische Trennung dieser Bereiche scheint für einen Moment fast abgeschafft. Diese Verbindung reicht bis hin zur menschlich-allzumenschlichen Frage „Wie möchten Sie sterben?“ (S. 277) und zu einer genauen Analyse, wie verschieden ein Mensch über Leben und Tod redet, je nachdem ob er als Arzt, Angehöriger oder Kranker spricht (S. 300). Solche Relativitäten lassen schließlich auch fragen, ob nicht die Würde des

Menschen überhaupt nur ein Produkt momentaner Dispositionen oder gar der bloße Lohn individueller Anstrengungen sei, oder ob sie dem Menschen – von ganz anderer Seite – durch seine Erschaffung verliehen ist (S. 279).

Wo aber zeigt sich die Würde in ihrer unauffälligen Selbstverständlichkeit deutlicher als in dem, was ein Mensch von sich erzählt, oder auch in dem, was er sich gern erzählen lässt? Das Erzählen, so heißt es, ist dem Schreiben eines Essays verwandt, und nach Adorno beruht auch dieser auf der Einsicht, dass nicht der Mensch die Dinge erschafft und am wenigsten sich selbst (S. 223). Sich von den Kranken die „Gegebenheiten“ erzählen lassen, in die sie „hineingeboren wurden“ (S. 123), ist zwar etwas anderes als eine „Krankheitsgeschichte“ (S. 125). Aber gerade so kommt man mitunter näher an jene Wahrheit heran, die nur in der Zeitlichkeit des gelebten Lebens zu finden ist (vgl. S. 351).

Es erstaunt nicht, dass die anthropologische Psychiatrie von Binswanger bis Tellenbach mit dieser Form von Neurologie in Verbindung tritt. In einer solchen, sonst rein physiologisch betriebenen Disziplin kann sie Verständnis für ihr Festhalten an der therapeutischen „Verwunderung“ (Gebissattel) angesichts der Psychosen erwarten, aber auch für ihre methodische Skepsis gegenüber „anthropologischen Techniken“ (S. 318). Sogar ihrem Interesse an der menschlichen Sprache kommt die anthropologische Epileptologie entgegen. Mit linguistischer Präzision lässt sich die Art, wie Epileptiker von ihren Auren berichten, bis in Betonungsnuancen hinein aufzeichnen. Dadurch kann das therapeutische Team einer Klinik, so die Absicht, sprachliche Charakteristika einzelner Syndrome (S. 82) kennen lernen und der viel ersehnten „medical communication“ (S. 74) ein überprüfbares Fundament verleihen.

Allerdings gehört zur Realisierung gerade dieses Fundaments etwas vielfach Unterentwickeltes, nämlich sprachliche Bildung. Allein das Wahrnehmen eines Sachverhalts setzt die Fähigkeit voraus, ihn (und sei es nur als Problem) überhaupt zu benennen. „Neurologie lernen“ verlangt daher nicht zum wenigsten eine Befreiung vom sprachlichen Autismus medizinischer Anforderungs-Kataloge (S. 99); es verlangt ein Anreichern von Ausdruckskraft (z. B. durch Lesen), zuletzt aber – wo immer die Personen dazu sich finden mögen – einen Übergang vom technischen Handwerk zur „ärztlichen Kunst“ (S. 97).

Damit schließt sich allmählich der Bogen vorliegenden Festschrift. Denn zum Ethos der ärztlichen Kunst gehört auch – die Kunst selbst. Es gibt von Janz eine Deutung von Raffaels „Transfiguration“, in der die neutestamentliche Vision der Entrückung Jesu als aura-

tische Wahrnehmung eines epileptischen Knaben dargestellt wird. Ähnlich verfuhr, so liest man nun, etwa auch Hugo von der Goes in seinem „Marienod“. – Neben Raffael, von der Goes und andere trat der Dichter Stefan George. Es lässt aufmerken, dass Hubertus Tellenbach den Kontakt zu seinem jüngeren Kollegen Dieter Janz deshalb gesucht hat, weil er in dessen Publikationen ein Echo George'scher Sprache anklingen hörte (S. 425). Ähnlich, so zeigt die Festgabe, erging es vielen. Allein 39 Autoren aus Medizin, Krankenpflege, Physiotherapie, Sozialpädagogik, Theologie, Philosophie, Kunstgeschichte, Ägyptologie, Literaturwissenschaft und Völkerkunde sind hier versammelt.

*Hartwig Wiedebach, Göppingen*

**Christian Lenk (2002)**  
**Therapie und Enhancement.**  
**Ziele und Grenzen der modernen Medizin**  
 Münsteraner Bioethik-Studien, Bd. 2. Lit., Münster, Hamburg, London, 301 S., € 25,90; ISBN 3-8258-5837-5

Spätestens wenn erfolgreiche Gentherapien in Aussicht gestellt werden, wird das Thema „enhancement“ (Optimierung menschlicher Eigenschaften, z. B. durch Gentherapie aber auch Hormontherapie oder Psychopharmaka) aus seiner Stiefkindrolle im medizinethischen und öffentlichen Diskurs herausgeholt. Dass Enhancement eine Stiefkindrolle zukommt, zeigt sich u. a. darin, dass sich noch kein deutscher Begriff für „enhancement“ eingebürgert hat.

Man darf also feststellen, dass sich Christian Lenk mit seiner Arbeit *Therapie und Enhancement. Ziele und Grenzen der modernen Medizin* vorausschauend einem dringlichen Thema in Zeiten rasanten medizinischen Fortschritts gewidmet hat. Die Differenzierung von Therapie und Enhancement wird uns zukünftig mitunter begleiten müssen, wenn es zu entscheiden gilt, welche neuen „medizinischen“ (oder vielleicht auch eben *nichtmedizinischen*) Verfahren ethische Rechtfertigung und ggf. auch legale Zustimmung finden. Sie wird darüber hinaus auch der praktischen Frage bei der Unterscheidung von Therapie und Enhancement in der Diskussion um die Allokation der Mittel im *Gesundheitswesen* zugrunde liegen müssen, um die Diskussion über das „Maß des Notwendigen“ (SGB V, § 12) im Lichte medizinischen Fortschritts zu erhellen. Was ist Gesundheit, und was geht über Gesundheit hinaus und muss daher nicht solidarisch finanziert werden? In diesem Kontext ist Lenks Arbeit als ein wichtiger Beitrag v. a. auf medizinphilosophischer Ebene zu sehen und

Medizinethik ohne Philosophie der Medizin ist häufig blind.

Lenks Diskussionsleistung besteht darin, zwei Fragestellungen zu verfolgen. Die erste davon heißt, *welche ethischen Gründe für oder gegen Enhancement sprechen*. Die zweite und eigentliche ist aber die medizinphilosophische, *ob bzw. wie Therapie und Enhancement voneinander unterschieden werden können*.

Der Verfasser diskutiert nicht zuletzt deshalb die ethische Evaluierung von Enhancement zuerst, weil eine Differenzierung zwischen Enhancement und Therapie hinfällig wäre, wenn ersteres in allen Fällen ethisch gerechtfertigt erscheinen würde (S. 49). Dies mag theoretisch zwar so sein, doch für ein „real world setting“, in dem Ressourcenknappheit im Gesundheitswesen Handlungsrichtlinien beeinflusst, ist auch hier die Unterscheidung von Enhancement und Therapie wichtig, um mit Hilfe eines praktischen Therapie-Begriffs ein gerechtes Gesundheitssystem gestalten zu können, selbst wenn alles Enhancement ethisch akzeptabel wäre (vgl. S. 60).

Ethisch relevante Aspekte, welche für Enhancement sprechen, sieht Lenk in folgenden Positionen: Die Verbesserung von menschlichen Fähigkeiten erhöht die Selbstbestimmung des Patienten (resp. Enhancement-Suchenden, denn Patienten sind eher die Zielgruppe von Therapien). Natürlich gegebene Chancen-Ungleichheiten von Individuen können ausgeglichen werden. Die Möglichkeit zur Verfolgung eines individuell guten Lebens kann verbessert werden.

Als Gegenpositionen diskutiert der Verfasser verschiedene vorherrschende oder zumindest denkbare Standpunkte: Enhancement-Interventionen können risikoreich sein und unabschätzbare, irreversible Folgen haben. Enhancement kollidiert unter Umständen mit fundamentalen religiösen Empfindungen. Es stellt für manche Menschen eine eigenmächtige Manipulation an von Gott geschaffenen Wesen dar. Enhancement kann als Eingriff in die Evolution oder Teleologie der Natur oder Teleologie des Arztes und der Heilberufe gedeutet werden. Durch Enhancement besteht die Gefahr ungerichteter und diskriminierender sozialer Folgen. Soziale Ungleichheiten werden medikalisiert.

Zustimmung finden bei Lenk v. a. Argumente gegen Enhancement, die sich auf die Respektierung der Selbstbestimmung des Menschen gründen. Folgerichtig kritisiert er, dass Enhancement ohne Einwilligung des Betroffenen unzulässig ist (S. 101). Hier hat der Verfasser v. a. das Enhancement von Ungeborenen vor Augen (durch Keimbahntherapie der Eltern oder durch Gentherapie am Embryo). Aber ist gemäß des fundamentalanthropologischen Diktums, dass Eltern das Beste für